

..... İL / İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

..... İlçesi .....  
adresinde faaliyet gösteren .....Optik Müessesemizin devri için gerekli belgeler dilekçe ekinde sunulmuştur. Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

**Müessese Eski Sahibinin**

Adı Soyadı / Ünvanı :

T.C. Kimlik No:

Vergi No:

İletişim No :

İmzası:

**Sorumlu Müdürün**

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No:

İletişim No:

İmzası:

**Müessesenin Yeni Sahibinin**

Adı Soyadı / Ünvanı :

T.C. Kimlik No:

Vergi No:

İletişim No :

Mail adresi :

İmzası :

**EKLER:**

1. Mesul Müdür değişecek ise yeni mesul müdürün E- devlet den alınmış öğrenim belgesi
2. Belirsiz süreli iş sözleşmesi (Tüm sayfaları taraflarca imzalanacak)
- 3.Müessese sahibi şirket ise Sicil Gazetesi Örneği
- 4.1 adet vesikalık fotoğraf
5. Mesul Müdüre ait Çalışabilir Raporu (Aile Hekiminden Alınabilir)
- 6.Optisyen Gözlükçüler Odası Kayıt Belgesi
- 7.Müessesenin eski ruhsatnamesi